



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
avd. for helsefag
4BACH

Tine Thidemann Sørli og Linn Lindmo Haug

Veileder
Anne Høstad With

Nærvær i livets kriser

Hvordan kan sykepleieren veilede pasienter i oppmerksomt nærvær slik at den traumatiske krisen som kan oppstå etter et akutt hjerteinfarkt reduseres?

Mindfulness used in life crises

12285 ord

Bachelor i sykepleie, BASYK 2011

2014

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|----|
| Innholdsfortegnelse | 2 |
| Sammendrag | 5 |
| 1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema..... | 6 |
| 1.1.1 Begrunnelse ut fra et pasientperspektiv | 6 |
| 1.1.2 Begrunnelse ut fra et sykepleieperspektiv..... | 7 |
| 1.2 Oppgavens hensikt | 8 |
| 1.3 Case | 8 |
| 1.4 Problemstilling | 9 |
| 1.5 Avgrensning av oppgaven..... | 9 |
| 1.6 Oppgavens videre oppbygning..... | 10 |
| 1.7 Begrepsavklaring..... | 11 |
| 1.7.1 Oppmerksomt nærvær | 11 |
| 1.7.2 Traumatisk krise | 11 |
| 1.7.3 Akutt hjerteinfarkt | 11 |
| 2. Metodebeskrivelse..... | 12 |
| 2.1 Litteratursøk og datainnsamling..... | 12 |
| 2.1.1 Valg av databaser | 12 |
| 2.2 Fremgangsmåte ved litteratursøkene..... | 12 |
| 2.3 Kvalitetsvurdering av litteratur | 13 |
| 2.3.1 Primær – og sekundærlitteratur | 13 |
| 2.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier av artikler..... | 14 |
| 2.5 Presentasjon av artiklene | 14 |
| 3. Teoretisk perspektiv | 17 |
| 3.1 Travelbee | 17 |
| 3.2 Aron Antonovsky | 18 |
| 3.3 Svak paternalisme og Kari Martinsen | 19 |
| 3.4 Etter hjerteinfarkt - angst og depresjon | 19 |
| 3.5 Etter hjerteinfarkt – posttraumatisk stressyndrom | 21 |
| 3.6 Traumatiske kriser..... | 22 |
| 3.6.1 Sjokkfasen | 23 |
| 3.6.2. Reaksjonsfasen | 23 |
| 3.6.3 Forsvarsmekanismer..... | 23 |
| 3.7 Oppmerksomt nærvær | 24 |
| 3.7.1 Begynnelsen | 24 |
| 3.7.2 Hvem kan ha nytte av oppmerksomt nærvær..... | 24 |
| 3.7.3 Hva er oppmerksomt nærvær | 24 |
| 3.7.4 Forskning gjort på oppmerksomt nærvær | 26 |
| 3.8 Sykepleieren som pedagog i pasient – sykepleierforholdet | 26 |
| 4. Drøfting og refleksive vurderinger..... | 28 |
| 4.1 Å ha vært akutt kritisk syk | 28 |
| 4.1.1 Viktigheten av å forebygge angst, depresjon eller PTSD i etterkant av et hjerteinfarkt | 28 |
| 4.1.2 Ulike grader av traumatisk krise | 29 |
| 4.2 Hvordan oppmerksomt nærvær kan hjelpe Henrik | 29 |
| 4.2.1 Oppmerksomt nærvær for å øke Henriks evne til å få med seg viktig informasjon | 30 |
| 4.2.2 Oppmerksomt nærvær for å takle psykiske reaksjoner | 31 |

| | |
|---|----|
| 4.2.3 Oppmerksomt nærvær for å øke sense of coherence og etablere et salutogent perspektiv | 32 |
| 4.3 Hvordan sykepleieren kan veilede i oppmerksomt nærvær | 34 |
| 4.3.1 Sykepleieren kan veilede i enkeltelementer i oppmerksomt nærvær | 34 |
| 4.3.2 Å veilede i oppmerksomt nærvær på en slik måte at Henrik opplever empowerment og mestring | 36 |
| 5.0 Konklusjon | 38 |
| 6.0 Litteratur | 40 |
| Vedlegg 1 | 45 |
| PICO skjema 1 | 45 |
| PICO skjema 2 | 45 |

*«You can't change the
wave, but you can
learn how to surf it»*

Jon Kabat-Zinn

Sammendrag

Angst og depresjon er vanlige psykiske reaksjoner etter et akutt hjerteinfarkt. Likevel blir disse reaksjonene ofte oversett eller ikke tatt på alvor i den tiden pasienten er innlagt for observasjon på medisinsk sengepost etter å ha gjennomgått en aortakoronar bypassoperasjon (ACB) eller en percutan coronar intervensjon (PCI). Også i tiden mellom utskrivelse fra sykehuset til oppstart av hjerterehabilitering, en tidsperiode på 8-12 uker, er det ikke noe automatikk i at pasienten blir fulgt opp av helsepersonell med tanke på å forebygge psykiske sekveler.

Ettersom det å ivareta den psykiske dimensjonen er en sykepleieroppgave mener vi at sykepleieren har en viktig rolle i å forebygge psykiske reaksjoner i etterkant av et hjerteinfarkt. Å bruke enkeltelementer fra veletablerte kurs i oppmerksomt nærvær kan være en måte å forebygge på. Et slikt enkeltelement er pusten og sykepleieren på medisinsk sengepost har kompetanse i å veilede i det å ha fokus på pusten.

Oppmerksomt nærvær handler om å være til stede her og nå, på en ikke-dømmende og aksepterende måte og gjennom dette finne ro. Pusten er det som forbinder oss til nuet og det å ha fokus på pusten vil kunne forankre pasienten i den eneste konkrete virkeligheten han befinner seg i – her og nå. Dette kan igjen roe ned tankekaos og derigjennom øke graden av mestring og mening i eget liv.

1. Innledning

Vi er to sykepleierstudenter ved Høgskolen i Hedmark som nå skal skrive vår avsluttende oppgave. Vi har valgt å undersøke hvordan sykepleieren kan veilede pasienter i oppmerksomt nærvær slik at den traumatiske krisen som kan oppstå etter et akutt hjerteinfarkt reduseres.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for valg av tema

Vi har gjennom sykepleiestudiet og arbeidserfaring møtt flere pasienter som har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt. Vi har møtt disse pasientene på sengepost ved medisinsk avdeling en-to dager etter at de har gjennomført en percutan coronar intervensjon (PCI) eller en aortakoronar bypassoperasjon (ACB). Flere av disse pasientene opplever usikkerhet og angst og har mange spørsmål knyttet til livet etter det akutte hjerteinfarkt og operasjonen. For mange er det å leve med en hjertesykdom en klar utfordring og angst er en vanlig reaksjon etter et akutt hjerteinfarkt (Høybakk, 2008). I en dansk studie publisert i 2011 viste det seg at av 908 pasienter som hadde gjennomgått et hjerteinfarkt for første gang utviklet 262 (29.2%) angst, depresjon eller begge deler etter hjerteinfarkt (Larsen, Vestergaard, Søndergaard & Christensen, 2011). Det finnes også studier som beskriver at et hjerteinfarkt kan føre til posttraumatisk stressyndrom (PTSD)(Edmondson, Richardson, Falzon, Davidson, Mills,& Neria, 2012).

I psykiatripraksis ved Kongsvinger DPS møtte vi begrepet mindfulness eller oppmerksomt nærvær. Oppmerksomt nærvær, handler om å være til stede her og nå på en åpen og aksepterende måte. Selv om forskning på mindfulnessmeditasjon begynte allerede i 1960 - årene var det ikke før slutten på 1970 tallet at dette ble studert med tanke på å redusere stress og bedre psykologisk velvære (Keng, Smoski & Robins, 2011). Dette er derfor på ingen måte noe nytt, det er mye brukt blant annet for å håndtere angst og smerter hos kreftpasienter. Det er også brukt for å håndtere generell angst, panikkangst og ved mange andre typer lidelser.

1.1.1 Begrunnelse ut fra et pasientperspektiv

Vår erfaring er at pasienter som blir lagt inn på medisinsk avdeling for observasjon og oppfølging etter en ACB - operasjon ikke blir ivaretatt med tanke på å få dekket sine psykiske behov. Vår opplevelse er at behovet for omsorg og hjelp til å dekke grunnleggende behov måles ut fra i hvilken grad pasienten er i stand til å ivareta personlig hygiene, aktivitet/mobilisering og å få dekke sitt behov for ernæring og eliminasjon. Dette er alle oppgaver som den ACB - opererte eller den PCI- opererte pasienten ivaretar på en god måte

og vi opplever da at denne pasienten blir avglemt eller nedprioritert til fordel for andre pasienter.

Vår erfaring er også at det gis informasjon om kosthold, fysisk aktivitet, medikamenter og endring av livsstil, i avdelingen men at om dette blir gjort er avhengig av hvilken sykepleier som er på vakt, noe som til dels ble bekreftet av en spesialsykepleier vi snakket med (personlig kommunikasjon, 9.april 2014). I denne informasjonen inngår ikke samtaler om det psykologiske aspektet ved å ha gjennomgått et hjerteinfarkt.

1.1.2 Begrunnelse ut fra et sykepleieperspektiv

Sykepleie er en profesjonsutdanning. En profesjon er betegnelse på en yrkesgruppe som i en viss grad er selvstyrende og de styres ut i fra en mer eller mindre eksklusiv fagkunnskap og en egen yrkesetikk (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2013). Sykepleien sin eksklusive fagkunnskap består i å kunne gjøre systematiske observasjoner og å hjelpe mennesker som av ulike årsaker ikke klarer å få dekket sine grunnleggende behov. Dette gjelder både åndelige, fysiologiske, psykiske og sosiale behov. Sykepleieren skal også fremme helse gjennom å jobbe forebyggende (Kunnskapsdepartementet, 2008).

Vi mener derfor at det er rimelig å anta at det å håndtere krisen og angsten etter et hjerteinfarkt blir en sykepleieoppgave og at dette handler om å dekke grunnleggende behov innenfor den psykiske dimensjonen spesielt. Som sykepleiere har vi dessuten en veiledende, støttende og pedagogisk funksjon som vil bli viktig i det vi skal veilede pasientene i bruk av oppmerksomt nærvær i praksis.

Sykepleieren er den som har den tetteste kontakten med pasienten i avdelingen ettersom hun følger pasienten daglig. Sykepleieren bør av den grunn være den som kan fange opp ulike psykiske reaksjoner etter et gjennomgått hjerteinfarkt.

1.2 Oppgavens hensikt

Vi ønsker å undersøke om oppmerksomt nærvær kan bidra til at sykepleierne på medisinsk sengepost kan bevege seg bort fra det som er et reduksjonistisk menneskesyn hvor det fysiske og tekniske ivaretas og over til et holistisk syn hvor sykepleieren ser alle aspektene ved pasienten.

Med bakgrunn i våre erfaringer og studier som viser at pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt gjennomgår en krisereaksjon ønsker vi å undersøke om oppmerksomt nærvær kan integreres i hjerterehabiliteringen slik at pasientens psykiske behov ivaretas.

1.3 Case

Henrik er 51 år, han driver et eget revisorfirma og nå står han og de ansatte midt oppe i årsoppgjøret. Han er gift, har to hjemmeboende barn og en hund. Han er glad i å sykle og gå på ski og han trener til Birkebeinerløpet i mars. Henrik og kona hans har i det siste brukt en del tid på å pusse opp huset. En kveld får han plutselig innsettende brystmerter som ståler ut i venstre arm og kjeve. Han føler at han ikke får puste og roper på kona. Hun ser han sitte å hive etter pusten og holde seg for brystet. Hun ringer derfor ambulanse. Ambulanse kommer etter kort tid. Henrik blir kjørt til det lokale sykehuset hvor det blir konstantert et akutt hjerteinfarkt og han fraktes herifra raskt til et større sykehus hvor det blir utført en akutt ACB- operasjon. To dager etter operasjonen kommer Henrik til medisinsk sengepost ved det lokale sykehuset for videre observasjon og oppfølging. Sykepleieren på sengeposten møter en anspent Henrik som er meget redd for at innstikkstedet til venflonen skal påføre ham en infeksjon. Da sykepleieren stiller direkte spørsmål omkring hjertet får hun til svar at det med hjertet ordner seg, men at hun må se på innstikkstedet. Han nevner ikke operasjonen, han gjør ingen tegn til å ville snakke om hva som har skjedd med ham, eller vise sykepleieren operasjonssåret, men kommer stadig tilbake til infeksjonsfaren han mener han kan bli påført av venflonen.

1.4 Problemstilling

Hvordan kan sykepleieren veilede pasienter i oppmerksomt nærvær slik at den traumatiske krisen som kan oppstå etter et akutt hjerteinfarkt reduseres?

For å kunne svare på dette må vi også drøfte følgende:

- Viktigheten av å forebygge utviklingen av angst og depresjon etter et akutt hjerteinfarkt
- På hvilken måte oppmerksomt nærvær kan hjelpe pasienten

1.5 Avgrensning av oppgaven

Vi har valgt å fokusere på yrkesaktive personer i 40-60 årene som blir innlagt ved medisinsk avdeling etter å ha gjennomgått et akutt hjerteinfarkt for første gang. Disse pasientene kommer til avdelingen for observasjon etter å ha gjennomgått enten en perkutan koronar intervensjon eller en aortokoronar bypassoperasjon ved et større sykehus. Vi har nevnt at Henrik har gjennomgått en ACB-operasjon, men vi kommer ikke til å gå nærmere inn på hva dette innebærer. Vi kommer heller ikke til å gå inn på hva et hjerteinfarkt er og hvordan det fysiologisk påvirker kroppen. Vårt fokus vil utelukkende være på hvordan et førstegangshjerteinfarkt påvirker pasienten psykologisk og sykepleierens bidrag for å hjelpe denne pasienten med krisehåndtering ved hjelp av oppmerksomt nærvær.

Vi har valgt denne gruppen pasienter fordi vi tenker at det er for disse pasientene omveltningen blir størst ettersom de fremdeles er yrkesaktive. De har kanskje enda barn boende hjemme og de er midt i livet. Vi har valgt pasienter som får et hjerteinfarkt for første gang fordi vi antar at dette medfører en større krisereaksjon og usikkerhet knyttet til veien videre. Vi velger også førstegangsinfarkt fordi disse pasientene har et stort behov for informasjon knyttet til endring av livsstil, medikamenter og håndtering av situasjonen. Pasientene møter vi på medisinsk sengepost der de er til observasjon i to-tre døgn etter å ha gjennomgått en ACB - eller en PCI- operasjon.

Vi forutsetter at sykepleieren innehar god kompetanse og vilje til innlevelse i pasientens situasjon. Vi forutsetter videre at hun har gode evner innenfor kommunikasjon og ser pasientens behov for omsorg. Dette betyr at vi i vår oppgave ikke går inn på å analysere de egenskapene i form av personlighet, kunnskaper og holdninger om sykepleieren må ha for å fylle sin rolle på en god måte.

Vi har valgt å benytte oss av et case, som vi mener er et viktig hjelpemiddel for å tydeliggjøre avgrensningen i oppgaven vår. Caset er konstruert, men baserer seg på erfaringer fra praksis. Caset vil danne rammen for drøftingen. Vi vil i oppgaven omtale sykepleieren med tittel eller hun og pasienten med Henrik eller som han.

For å få en bedre forståelse for hva som er dagens praksis da det gjelder hjerterehabilitering ved et sykehus har vi snakket med en sykepleier med kardiologi som spesialfelt. Av hensyn til sykehuset og sykepleieren har vi valgt å anonymisere begge. Informasjonen vi fikk av henne vil bli brukt aktivt i drøftingen.

I oppgaven vil vi benytte oss av Cullbergs kriseteori. Cullberg (2011) deler kriser i to; utviklingskrise og traumatisk krise. Vi har kun fokus på den traumatiske krisen og vil begrense oss til å se på de to første fasene; sjokkfasen og reaksjonsfasen. Dette på grunn av at pasienten kommer til sengeposten en til to dager etter det akutte hjerteinfarkt. Vi møter dermed pasienten mens han enda befinner seg i disse fasene.

Øvrige avgrensninger gjøres underveis i oppgaven.

1.6 Oppgavens videre oppbygning

I oppgavens metodedel beskriver vi hvordan vi har gått frem i søket etter litteratur, hvilke databaser vi har søkt i og vi beskriver hvilke inklusjon og eksklusjonskriterier vi har brukt. I denne delen vil vi også presentere kort de artiklene som omhandler oppmerksomt nærvær. I teoridelen har vi skrevet om de temaene vi mener er relevant for at oppgaven skal få en god drøfting. Vi vil drøfte noe underveis i teoridelen, men ettersom hovedtyngden av drøftingen vil foregå for seg har vi en egen drøftingsdel. I drøftingsdelen vil vi benytte teorien og drøfte funn der med caset som støtte og referanseramme. Drøftingen er delt opp i tre underkapitler hvor vi i den første delen drøfter det å ha vært akutt kritisk syk og viktigheten av å følge opp psykiske traumer som kan oppstå i etterkant. I den andre delen drøfter vi hvordan oppmerksomt nærvær kan hjelpe Henrik til å håndtere sin situasjon mens han er på sengepost og i tiden etterpå. I den tredje og siste delen drøfter vi hvordan sykepleieren på medisinsk sengepost kan veilede i oppmerksomt nærvær og utfordringer hun eventuelt står overfor. Resultatet av drøftingen vil vi til slutt trekke sammen i en mulig konklusjon.

1.7 Begrepsavklaring

Vi velger her å avklare de begrepene som er brukt i problemstillingen. Øvrige begrep som benyttes i oppgaven avklares underveis.

1.7.1 Oppmerksomt nærvær

Oppmerksomt nærvær er evnen til å være til stede her og nå og observere og akseptere emosjoner og tanker på en ikke – dømmende måte (Bohlmeijer, Prenger, Taal & Cuijpers, 2009) (Keng, Smoski & Robins, 2011). Vi forstår det slik at dette kan brukes som et verktøy til å håndtere angst, roe ned tankekaos og for å mestre stressende situasjoner.

Når vi bruker oppmerksomt nærvær i stedet for det mer kjente mindfulness så er dette for å unngå den populistiske terminologien.

1.7.2 Traumatisk krise

Cullberg (2011) definerer traumatisk krise som individets psykiske situasjon ved en ytre hendelse av en slik art at personens fysiske eksistens, sosiale identitet og trygghet eller grunnleggende livsmulighet blir truet. Ut ifra denne definisjonen tolker vi at et akutt hjerteinfarkt kan oppleves som en traumatisk krise fordi hjertet er knyttet til vår eksistens og en svikt vil være livstruende.

Vi ser angst og depresjon som et symptom på en traumatisk krise og Cullberg (2011) skriver da også at menneskers behov for hjelp i krisesituasjoner ofte uttrykkes i form av angst, nedstemthet, og søvnløshet. Samtidig er depresjon, angst og posttraumatisk stressyndrom (PTSD) også den mest vanlige psykiske sequele etter en traumatisk hendelse (Gjestad, 2014) Begrepene traumatisk krise, angst og depresjon vil derfor bli brukt om hverandre i oppgaven.

1.7.3 Akutt hjerteinfarkt

Hjerteinfarkt er en tilstand der større eller mindre deler av hjertemuskulaturen nekrotiserer på grunn av manglende arteriell blodtilførsel (Ørn & Brunvand, 2011).

2. Metodebeskrivelse

Denne oppgaven baserer seg på et litteraturstudium. Et litteraturstudium er en gjennomgang og en granskning av eksisterende litteratur som belyser det temaet og den problemstillingen vi har valgt (Lindseth, 2009).

2.1 Litteratursøk og datainnsamling

Vi har i vårt litteraturstudium brukt pensumlitteratur og over 400 sider egenvalgt litteratur. For å finne relevant tilleggslitteratur har vi søkt i ulike databaser. Vi har også funnet frem til to bøker via litteraturlistene til noe av pensumlitteraturen. Bøkene «Å leve med kronisk sykdom» og « Å være akutt kritisk syk» ble funnet på denne måten. Boken «Sykepleieteorier» ble lånt av faglærer ved høghskolen. I tillegg hadde vi bøkene «Orkanens øye» (160 s), «Calming your anxious mind» (217 s) «Mindfulness for nybegynnere» (184 s) fra tidligere. Vi hadde også noen fagbøker tilgjengelige, som har vært brukt i tidligere studier, som vi hadde god nytte av i denne oppgaven. Vi fant seks forskningsartikler om oppmerksomt nærvær, fem av disse var på engelsk og en på norsk. Totalt var disse artiklene på 41 sider. Vi fant dessuten drøyt 30 sider med forskningsartikler, både på engelsk og norsk, som omhandler forekomst av angst og depresjon eller PTSD etter et hjerteinfarkt.

2.1.1 Valg av databaser

Hovedtyngden av våre søk er gjort i Oria. Oria er en søketjeneste med en felles portal til det samlede materialet som finnes ved norske fag- og forskningsbibliotek, supplert med en mengde elektronisk materiale fra åpne kilder. Vi har brukt Oria ved å gå via Høghskolen i Hedmark sin hjemmeside, og logget oss inn fra biblioteket der. Slik har vi fått tilgang til artikler i fulltekst online.

Vi har dessuten gjort søkt i SweMed+, Google Scholar og Helsebiblioteket.

2.2 Fremgangsmåte ved litteratursøkene

For å være mest mulig målrettede i søkene våre valgte vi å benytte oss av PICO skjema (vedlegg 1). Et PICO skjema systematiserer søk ved at det som omhandler den/de gruppene vi ønsker å undersøke settes inn under P (Population). Tiltaket som skal gjøres settes inn under I (Intervention). Dersom dette tiltaket skal settes opp mot et annet/sammenliknes med et annet tiltak eller handling skal dette stå under C (Comparison). O (Outcome) er utfallet av hva vi ønsker å oppnå eller unngå. Vi ønsket først å finne ut i hvilken grad pasienter som har hatt et

hjerterinfarkt opplevde krise, angst og depresjon. Dette var helt avgjørende for vår problemstilling for dersom det viste seg at ingen pasienter som hadde hatt et infarkt eller en annen akutt koronar hendelse hadde psykiske plager i etterkant ville vi måtte endret vår problemstilling. Søkeordene vi brukte er ført inn i PICO skjemaet. Vi ønsket deretter å se på om oppmerksomt nærvær kunne bidra til å redusere psykiske sequeler etter en akutt koronar hendelse. Vi satte relevante søkeord i forhold til dette inn i et nytt PICO skjema (vedlegg 1).

2.3 Kvalitetsvurdering av litteratur

Metoden som er brukt for å komme frem til resultatene i de forskningsartiklene vi har fordypet oss i denne oppgaven må være slik utformet at den gir troverdig kunnskap. For å få dette til må krav til validitet og reliabilitet være oppfylt. Validitet betyr gyldighet og relevans (Dalland, 2008). Med dette forstår vi at undersøkelsen som er gjort faktisk måler/undersøker det den har sagt den skal måle/undersøke. Reliabilitet betyr pålitelighet og dreier seg om at målinger må utføres korrekt og være konsistente, det vil si vise det samme resultatet ved gjentatte undersøkelser under samme forhold (Dalland, 2008)(Svartdal, 2009).

I Oria har vi krysset av for fagfelleverderte artikler. Dette har vært vår kvalitetssikring av at de artiklene vi bruker er valide, reliable og at det har vært gjort etiske overveielser i forbindelse med studiene som har vært gjort. Fagfellevurdering er den eneste virkelige kvalitetskontrollen som finnes og har fått innpass overalt i den vitenskapelige verden (Hildebrandt, 2011). Vi er imidlertid klar over at vitenskapelige artikler ikke nødvendigvis holder mål selv om de er godkjent av upartiske forskere i den aksepterte godkjeningsprosessen som altså kalles fagfellevurdering. Det er flere årsaker til dette, for eksempel vil bedømmelsen av artiklene styres av de som bedømmer sine personlige holdninger, deres forforståelse og faglige kjepphester. Redaktører og bedømmere mangler dessuten oversikt over hva som tidligere er blitt publisert og vil dermed få problemer med å vurdere om forskningsresultatene er nye. I tillegg er tidsskriftene ofte skeptiske til nye ideer og vil i stedet trekke frem det kjente (Hildebrandt, 2011).

2.3.1 Primær – og sekundærlitteratur

Primærlitteratur er originallitteratur som presenteres for første gang, det vil si at forfatteren/forfatterne presenter et nytt forskningsarbeid som gir helt ny kunnskap om et område. Sekundærlitteratur bygger på allerede eksisterende litteratur og inneholder tolkninger av andres arbeider. Dette betyr at de tre metaanalysene, hvorav to omhandler oppmerksomt

nærvær og en omhandler PTSD og hjerteinfarkt, som vi har sett på i vårt litteraturstudium er sekundærlitteratur. Det samme er også Keng, Smoski og Robins (2011) artikkel ettersom dette er en oversikt over og en tolkning av flere empiriske studier. Artikler som er skrevet på bakgrunn av enkeltstudier er primærlitteratur. I vår oppgave har vi flere slike artikler.

2.4 Inklusjon og eksklusjonskriterier av artikler

Vårt utgangspunkt er valg og bruk av forskningsartikler som ikke er eldre enn 5 år.

Når det gjelder studier som understøtter vår hypotese om at akutt hjerteinfarkt kan gi angst, depresjon og/eller posttraumatisk stressyndrom har vi også inkludert artikler som er publisert lengre enn 5 år tilbake i tid. Dette for å få frem at problemstillingen var i fokus allerede på midten av 1990-tallet og at det fremdeles jobbes med å forske på sammenhengen akutt koronar hendelse og angst /depresjon/PTSD på ulike plan og med noe ulik vinkling på problemstillingene. Imidlertid er ingen av artiklene våre eldre enn 13 år.

Når det gjelder forskningsartiklene om virkningen av oppmerksomt nærvær etter deltakelse i Mindfulness-based stress-reduction programme er alle artiklene så nær som en nyere enn 5 år. Årsaken til at artikkelen *Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta analysis* (Grossman, Niemann, Schmidt, Walach, 2004) er inkludert er at artikkelen til Bohlmeijer, Prenger & Cuijpers, 2010 og Keng, Smoski & Robins, 2011 henviser til denne metaanalysen samt at den baserte seg på et stort antall, 20, empiriske studier.

2.5 Presentasjon av artiklene

Under dette punktet vil vi kun presentere forskningsartiklene som omhandler oppmerksomt nærvær. Dette betyr at vi utelater seks forskningsartikler som ser på sammenhengen mellom hjerteinfarkt og angst/depresjon/PTSD. Dette gjør vi fordi det er bruk av oppmerksomt nærvær som er vårt hovedfokus og fordi artiklene om sammenhengen mellom hjerteinfarkt og psykiske sekveler i all hovedsak er brukt for å støtte oppunder vår hypotese om at dette er et problem.

To av forskningsartiklene vi fant vedrørende virkningen av mindfulnessbasert stressreduksjon program, i forskningsartiklene forkortet MBSR, var metaanalyser. Metaanalyse eller metastudier gjør bruk av statistiske metoder for å legge sammen resultatene fra en rekke uavhengige studier med samme problemstilling. Ved hjelp av en metaanalyse kan man finne bedre holdepunkter for hva som er pålitelige, holdbare og robuste forskningsresultater, enn

det man kan klare å få ut av hver enkelt studie vurdert for seg. Metaanalyser gjør det dermed mulig å konkludere med høyere grad av sikkerhet om hvor god for eksempel en behandling er (Norsk helseinformatikk, 2011). Dette var årsaken til at vi valgte disse to artiklene.

Metaanalysen *Mindfulness-based stress reduction and health benefits* (Grossman, et al., 2004) hadde som mål å søke vitenskapelig bevis for at et mindfulnessbasert stressreduksjonsprogram (MBSR) kan redusere stress, lindre lidelse og gi bedret fysisk, psykisk og psykosomatisk helse hos kronisk syke. I denne metaanalysen ble 20 forskningsrapporter av totalt 64 plukket ut og analysert. Studiene som var inkludert i denne analysen dekket et vidt spekter av sykdommer og helseplager, så som smerter, kreft, hjertesykdom, depresjon og angst, men også studier som inkluderte personer uten diagnose, men som var plaget av stress.

Bohlmeijer, et al., (2010) har gjennom en nyere metaanalyse, *The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease*, som inkluderte åtte studier, undersøkt effekten av MBSR på depresjon og angst i populasjoner med ulike kroniske somatiske sykdommer. I kategorien kroniske somatiske sykdommer var blant annet kardiovaskulære sykdommer inkludert.

I forskningsartikkelen *Treating chronic worry: psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness* (Delgado, Guerra, Perakakis, Vera, delPaso, Vila, 2010) ble effekten av MBSR blant 36 kvinnelige universitetsstudenter med generalisert angstlidelse undersøkt for å se etter endringer i en del fysiske parametere, som respirasjonsfrekvens, hjerterytme, men også endringer i graden av bekymringer. Vi mener også at denne artikkelen har overføringsverdi til vår oppgave ettersom den tar for seg generalisert angstlidelse, noe forskning viser er en av de psykiske sekvelene som kan oppstå etter et hjerteinfarkt (Larsen, et al., 2011).

Forskning gjort av Würtzen, Dalton, Elsass, Sumbundu, Steding-Jensen, Karlsen, Andersen, Flyger, Pedersen & Johansen (2013) viste redusert angst og depresjon etter gjennomgått MBSR program hos danske kvinner med stadium I-III brystkreft i en randomisert kontrollert studie. Vi har valgt denne artikkelen fordi den ser på de psykiske reaksjonene ved alvorlig sykdom og vi antar at den da har en overføringsverdi til vår oppgave.

Forskningsartikkelen *Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer* (deVibe & Moum, 2006) tar for seg en randomisert studie hvor en gruppe på 144 deltakere fikk trening i oppmerksomt nærvær, også i form av MBSR, mens en annen, kontrollgruppe fikk ingen spesiell behandling. Formålet med undersøkelsen var å se effekten av MBSR på personer med stress og kroniske sykdommer. En randomisert kontrollert studie er en studie hvor deltakerne velges tilfeldig ut til å tilhøre ulike grupper. Den ene gruppen får for eksempel trening i oppmerksomt nærvær, mens den andre ikke får noen behandling eller annen type behandling. Deretter sammenlikner man resultatet i de to gruppene og man kan slik få et svar på hva som har hatt effekt, eller hva som ikke har effekt eller om det overhodet har vært noen effekt (Svartdal, 2009). Vi valget artikkelen fordi den i tillegg til å se på effekt av MBSR hos kronisk syke også var tilpasset norske forhold.

Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies

brakte både MBSR og mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT), for å se på effekten av oppmerksomt nærvær på psykisk helse (Keng, et al., 2011). MBCT er basert på MBSR, men har tatt opp i seg elementer fra kognitiv terapi slik at det er mer rettet mot pasienter som plages av angst og depresjon (Bohlmeijer, et al., 2010) (Keng, et al., 2011). Vi valgte artikkelen først og fremst fordi den gav en grundig beskrivelse av hva oppmerksomt nærvær er.

3. Teoretisk perspektiv

3.1 Travelbee

Av sykepleieteoretikerne har vi valgt å bruke Travelbee fordi hun er den som spesielt vektlegger det mellommenneskelige aspektet mellom sykepleier og pasient. Vi har valgt Travelbee også fordi hun trekker frem mening i forhold til det å oppleve mestring noe vi vil drøfte viktigheten av i oppgaven vår.

Sykepleie er en mellommenneskelig prosess hvor den profesjonelle sykepleiepraktiker hjelper et individ, en familie, eller et samfunn i å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse, og, hvis nødvendig, å finne mening i disse erfaringene (Kirkevold, 1992)

Joyce Travelbee mener at for at utfallet av sykepleien skal bli god må den mellommenneskelige delen mellom sykepleier og pasienten fungere, og at dette er viktig i sykepleierens profesjon. Vi kommer til å bruke Kirkevolds analyse av Travelbees definisjon. Kirkevold (1992) trekker frem noen viktige elementer; individ, lidelse, mening, menneske-menneske forhold og kommunikasjon.

Med *individ* mente Travelbee at hvert eneste menneske er unikt selv om de er like. Med det menes at selv med like opplevelser vil erfaringene av disse opplevelsene være unike. I tillegg tok Travelbee sterk avstand fra generaliseringen som blir gjort i titlene sykepleieren og pasienten. Hun mener at titlene sykepleier og pasient vil fremheve de generelle trekkene til denne gruppen mennesker og menneskers ulike egenskaper og kvalifikasjoner vil undertrykkes (Kirkevold, 1992).

Travelbee snakker også om *lidelse*, og med det mener hun at alle mennesker før eller siden vil gjennomgå en eller annen form for lidelse. Hun nevner også at lidelse er knyttet til tap og at tap kan være av fysisk, psykisk, sosialt eller åndelig art (Kirkevold, 1992). Men lidelsen vil oppleves ulik fordi personen må være knyttet til eller bry seg om det han mister for å føle lidelse. Igjen er vi tilbake til at hvert menneske er unikt fordi vi har ulike erfaringer, og vi har ulike verdier i livet. Ulike ting i livet vil ha ulik grad av verdi for hver enkelt og av den grunn vil lidelsen bli forskjellig. Travelbee mener at det er her vår viktigste rolle som sykepleier

kommer inn. Hun mener at opplevelsen av lidelse og sykdom er viktigere enn diagnosen i seg selv og for at vi sykepleiere kan se hvor omfattende lidelsen er må vi kommunisere med pasienten (Kirkevold, 1992).

Travelbee snakker om *mening*. Med det mener hun pasientenes iboende ressurser som avgjør om pasienten kommer styrket ut av situasjon. Mening finnes i mennesket selv og ikke i selve situasjonen. Det vil si at personen som opplever lidelse må selv finne mening med det som har skjedd og, ikke bare innfinne seg med det, men også bruke det til å styrke seg selv (Kirkevold, 1992).

For at sykepleieren skal kunne identifisere pasientens lidelse må det opprettes en *menneske-til-menneskeforhold*. Her kommer vi igjen inn på Travelbees tanke om at alle er unike individer. Rollen som ”sykepleier” og ”pasient” vil kunne farge vår oppfatning og kun se de generelle trekkene som er karakteristisk for ”alle” i denne gruppen mennesker. Sykepleierens rolle er å bryte ut av stereotyperingen av pasienten og se mennesket. Bare da vil hun oppnå en genuin kontakt. Dette kan sykepleieren kun gjøre hvis hun har empati og sympati for pasienten. Empati er å kunne leve seg inn i pasientens situasjon uten å bli delaktig. Det vil gjøre at hun kan identifisere pasientens lidelse og opplevelse. Sympati er å føle en ønske om å hjelpe den andre, fjerne hans lidelse. Travelbee sier at dette er et spørsmål om lidenskap og kan ikke oppnås med mindre sykepleieren virkelig bryr seg om pasienten (Kirkevold, 1992).

For å kunne oppnå et godt menneske-til-menneskeforhold, og å kunne identifisere pasientens lidelse, hjelpe han å mestre situasjonen og å finne mening i det, er *kommunikasjon* det viktigste aspektet. Kommunikasjon er hele kontakten mellom menneskene og derfor nøkkelen til Travelbees definisjon. Det er igjennom kommunikasjon all interaksjon mellom mennesker foregår det være seg verbalt eller non-verbalt (Kirkevold, 1992).

3.2 Aron Antonovsky

Begrepet salutogenese, læren om hva som gir god helse, ble lansert av Antonovsky. Dette begrepet står i motsetning til patogenese, som er læren om hva som fremkaller sykdom. Den enkeltes holdninger til livet og ressurser til å takle vanskelige og uventede hendelser vil påvirke muligheten til god helse. Den enkeltes holdninger skapes igjen av de livsbetingelsene den enkelte har. Gode livsbetingelser, som for eksempel et godt utviklet sosialt nettverk, trygg

oppvekst, psykisk stabilitet, god økonomi er betingelser som gjør individet mer motstandsdyktig enn dårlige livsbetingelser (Langeland, 2012). Antonovsky mente at det særlig er tre forhold som er viktige for å få opplevelse av sammenheng, a sense of coherence, (SOC) (Walseth, 2009) (Langeland, 2012).

- Om vi tror situasjonen er påvirkelig
- Om vi tror situasjonen lar seg forklare
- Om vi tror situasjonen byr på overkommelige utfordringer

Dersom individet opplever kontroll på disse punktene opplever det en stor grad av SOC og dette vil kunne gjøre det lettere å innta et salutogent perspektiv (Langeland, 2012). Høy opplevelse av sammenheng vil gi individet en tro på at det finnes en god forklaring på det som skjer, at det er mulig å gjøre noe med situasjonen og at en selv med stor sannsynlighet kan gjøre noe med utfallet. Dette fører til aktiv handling. Motsatt vil liten opplevelse av sammenheng kunne gi en følelse av å være overmannet av håpløshet og oppgitthet og føre til passivitet (Walseth, 2009).

3.3 Svak paternalisme og Kari Martinsen

Svak paternalisme er et begrep som kan knyttes opp mot nærhetsetikken gjennom Martinsen. Hun mener at svak paternalisme kan stå i mellom autonomi og paternalisme (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2008). Med paternalisme menes at beslutninger tas av en sykepleier som gjør det hun mener er til det beste for pasienten uten at pasienten selv deltar i særlig grad (Slettebø, 2009). Martinsen tar avstand fra paternalisme, men hun mener at sykepleieren må kunne bruke sin faglige kunnskap dersom dette er til hjelp for pasienten. Det er dette som betegnes svak paternalisme (Kristoffersen, et al., 2008).

3.4 Etter hjerteinfarkt - angst og depresjon

Et akutt hjerteinfarkt kan oppleves veldig dramatisk med sterke smerter i brystet, ofte med utstråling til venstre arm og kjeve kombinert med åndenød. De sterke smertene, åndenød og følelsen av at man kommer til å dø er det som for mange i etterkant kan gi psykiske plager (Høybakk, 2008).

Ved angst oppleves en intens redsel for en ikke nødvendigvis reell ytre trussel. Angsten kan komme brått og kan for den som opplever dette virke helt uforståelig ettersom det ikke er noen åpenbar grunn til den intense følelsen av frykt. Følelsene til den som opplever angst kan være kaotiske, meget ubehagelige og smertefulle. I kroppen skjer det dessuten målbar

aktivering, slik som pulsøkning, økt adrenalinutskillelse, hurtigere respirasjonsfrekvens og temperaturendringer. Dette er klare tegn på at kroppen forbereder seg på flukt eller kamp (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Nedstemthet, lite energi, tiltaksløshet og mangel på glede er typiske symptomer på en depresjon. Ofte vil nedsatt konsentrasjonsevne, nedsatt appetitt og søvnforstyrrelser sammen med lav selvfølelse også være symptomer på en depresjon. Den lave selvfølelsen kan ses på som et resultat av personens negative tanker om manglende mestring på flere områder i livet (Skårderud, et al., 2010).

Angst og depresjon har hver for seg en svært negativ innvirkning på vår evne til å fungere i dagliglivet. I tillegg viser det seg at depresjon og angst ofte opptrer samtidig (Hovland, 2007). Angst og depresjon ble i en studie fra Norge funnet å være sterke risikofaktorer for å havne på uføretrygd i den perioden studien pågikk. Denne studien konkluderte med at den virkelige effekten av angst og depresjon er undervurdert i offisiell statistikk over årsaker til hvorfor personer blir uføretrygdet (Mykletun, 2006).

Studier viser også at angst, depresjon eller begge deler er underdiagnostisert hos pasienter som har gjennomgått et hjerteinfarkt (Freedland, Lustman, Carney, Hong, 2013), (Strik, Honig & Maes, 2001). Flere studier viser også at depresjon og angst gir dårligere prognose og økt dødelighet for disse pasientene (Freedland, et al., 2013).

En populasjonsbasert tversnittstudie fra Danmark fra 2009, som inkluderte pasienter som hadde hatt et hjerteinfarkt for første gang, viste at av 908 pasienter som responderte på spørreskjemaet var 262 (29.2 %) plaget med angst, depresjon eller begge deler. Av disse igjen rapporterte 78 (29.8%) at de hadde deltatt i noen form for psykososial support og 55 (21.0%) brukte antidepressiva. Den danske studien konkluderer med at langtids hjerterehabilitering burde fokusere spesielt på mental helse etter et hjerteinfarkt sammen med røykekutt og medikamenter som virker beskyttende mot nye infarkt (Larsen, et al., 2011).

Også en norsk, større populasjonsstudie, som har benyttet helseundersøkelsene i Nord Trøndelag (HUNT I og II) som utgangspunkt, støtter oppunder funn som sier at det er en betydelig risiko for angst og depresjon i løpet av de første fem årene etter et hjerteinfarkt. Det

store populasjonsutvalget fra HUNT-studiene gjorde at forskerne i denne studien kunne identifisere en risikoprofil for angst og depresjon og et funn der var at personer som før infarkt hadde angst og depresjon var de som var mest utsatt for å få dette igjen i etterkant av et hjerteinfarkt. Tidligere studier har gjort samme funn. Dette indikerer at et hjerteinfarkt kan trigge nye episoder av tilbakevendende depresjoner (Bjerkeset, Nordahl, Mykletund, Holmen, & Dahl, 2005)

3.5 Etter hjerteinfarkt - posttraumatisk stressyndrom

Posttraumatisk stressyndrom (PTSD) er en alvorlig angstlidelse som kan oppstå etter at en person har vært utsatt for en traumatisk livshendelse. Følgende symptomer er de vanligste (Passer, Smith, Holt, Bremner, Sutherland & Vliek, 2009):

- Personen opplever voldsomme angstsymptomer som ikke var til stede før den traumatiske hendelsen.
- Personen gjenopplever traumet i drømmene sine, i fantasien og i flashbacks i våken tilstand.
- Personen blir likegyldig til verden omkring seg, trekker seg tilbake og unngår forhold som kan minne om traumet han har opplevd.

Nyere studier viser at en av åtte pasienter som har hatt et hjerteinfarkt eller en annen akutt koronar hendelse utvikler kliniske symptomer på posttraumatisk stress syndrom (PTSD) årlig i USA (Voelker, 2012).

I en metaanalyse undersøkte forskere data fra 24 studier med til sammen 2383 pasienter fra ulike steder i verden som hadde hatt et akutt hjerteinfarkt eller en ustabil angina. Denne studien viste at dersom pasienten utviklet PTSD etter infarkt eller episoden med ustabil angina, ble risikoen for et nytt akutt hjerteinfarkt eller død innen 1-3 år fordoblet etter det første tilfellet sammenliknet med hjertepasienter som ikke utviklet posttraumatisk stress syndrom (Edmondson, et al., 2012).

Det er bevis for at psykiske plager er underrapportert og underdiagnostisert hos hjertepasienter. Mens man nå har fått et økt fokus på at depresjon kan komme som en følge av et hjerteinfarkt har ikke det samme skjedd i forhold til koblingen mellom et hjerteinfarkt og PTSD. Dette kan skyldes at PTSD fremdeles er knyttet opp mot traumer som er opplevd av for eksempel krigsveteraner, voldtektsofre, flyktninger og etter større naturkatastrofer. Det finnes i dag effektiv behandling for PTSD, men leger og pasienter må først gjøres

oppmerksomme på sammenhengen mellom PTSD og en akutt koronar hendelse. Deretter må det gjøres studier for å undersøke om behandlingen av PTSD kan redusere nye hjerteinfarkt og død (Edmondson, et al., 2012).

3.6 Traumatiske kriser

Cullberg (2011) forklarer at i en krise opplever man at selv med tidligere erfaringer og innlærte reaksjoner ikke klarer å håndtere den aktuelle situasjonen. Med det forstås at man kan få en følelse av å miste kontrollen over situasjonen. Dette vil gi seg uttrykk i angst, nervøsitet, nedstemthet, søvnløshet, alkoholtørste og andre fysiske lidelser (Cullberg, 2011).

Cullberg (2011) deler kriser inn i to typer; utviklingskrise og traumatisk krise.

Den traumatiske krisen kan oppleves når plutselige, uventede og vanskelige ytre påkjenninger truer ens eksistens, sosiale identitet eller livsmuligheter. Cullberg (2011) referer til Caplans oppdeling av krisestyrke. Denne oppdelingen har fire grader hvorav den første krever som regel ingen behandling eller hjelp fordi funksjonsnivået er intakt.



Figur 1.2 Krisestyrke og grad av funksjonsnivå ifølge Caplan (referert i Cullberg, 2011)

Traumatiske kriser kan deles inn i fire naturlige faser. Sjokkfase, reaksjonsfase, bearbeidingsfase og nyorienteringsfase. Sjokk- og reaksjonsfasen er de fasene som utgjør

krisens akutte fase (Cullberg, 2011). Vi har i oppgaven vår utelukkende fokusert på de to første fasene ettersom det er i disse fasene Henrik vil være da han er innlagt for observasjon.

3.6.1 Sjokkfasen

Sjokkfasens varighet er fra et kort øyeblikk til noen døgn. I denne fasen vil pasienten ha vanskeligheter med å ta inn over seg det som har skjedd og bevisstheten kan være uklar. Beskjeder som blir gitt i denne fasen vil kunne bli glemt, og det er i nettopp denne fasen hvor viktige beskjeder og informasjon ofte blir gitt (Cullberg, 2011).

3.6.2. Reaksjonsfasen

Reaksjonsfasen varer lengre, men ikke utover 4-6 uker. Denne fasen er da pasienten åpner øynene for det som har skjedd og tar inn over seg situasjonen. Avhengig av krisens styrke vil dette kunne være en voldsom opplevelse på pasientens psyke, og en kan ofte se at pasienter prøver å finne en mening i det som har skjedd. Det er i denne fasen pasientens forsvarsmekanismer aktiveres (Cullberg, 2011).

3.6.3 Forsvarsmekanismer

Forsvarsmekanismer iverksettes ubevisst for å redusere opplevelsen av og bevisstheten om trussel og fare for jeg`et (Cullberg, 2011). Dette vil hjelpe den det gjelder med trinnvis å ta inn over seg det som har skjedd. Det er viktig å poengtere at disse mekanismene også kan forsinke bearbeidingsprosessen slik at situasjonen blir vanskeligere og varer lengre (Cullberg, 2011).

Cullberg (2011) beskriver 6 forsvarsmekanismer; Regresjon, fornektelse, projeksjon, rasjonalisering, isolering og undertrykkelse. Vi har hovedfokus på fornektelse, rasjonalisering og isolering ettersom dette er de forsvarsmekanismene vi har ment er mest aktuelle for caset vårt. Med fornektelse menes at selv om pasienten legger merke til det vesentlige så vil han nekte for viktigheten av det. Med isolering menes at pasienten isolerer vekk sine følelser slik at han rolig kan fortelle om det som har skjedd. Rasjonalisering er personens psykiske tendens til å bruke relativt fornuftige argumenter for å redusere trusselen og følelsen av skyld (Cullberg, 2011).

3.7 Oppmerksomt nærvær

3.7.1 Begynnelsen

Oppmerksomt nærvær er et begrep som er godt kjent gjennom gamle buddhistiske dokumenter (Grossman, et al., 2004)(Kabat-Zinn, 2012). Den vestlige tilnærmelsen til begrepet og teknikken er best kjent gjennom amerikaneren Jon Kabat-Zinn og hans mindfulness-based stress-reduksjons kurs (MBSR).

3.7.2 Hvem kan ha nytte av oppmerksomt nærvær

Å håndtere ulike kroppslige symptomer, funksjonshemminger, smerte og tanker om hva fremtiden vil bringe kan være en stor utfordring for mange personer som lever med ulike kroniske sykdommer. Mange av disse sykdommene er svært utbredt i industrialiserte land (Grossman, et al., 2004) (Bohlmeijer, et al., 2010). Å ha en kronisk somatisk sykdom er dessuten en risikofaktor i seg selv for å utvikle psykisk sykdom, som angst og depresjon. Studier har vist en økt risiko for å utvikle angst, depresjon eller begge deler hos personer med hjertesykdommer, kreft og artritt (Bohlmeijer, et al., 2010).

Forskning viser altså at mange som har gjennomgått et hjerteinfarkt utvikler angst. Angst gir en aktivering av «fight – flight – freeze responsen». Kontinuerlig aktivering av dette systemet medfører en tilstand av permanent stress og en årvåkenhet for negativ følelsesmessig informasjon, noe som igjen øker risikoen for fysiske og mentale problemer (Delgado, et al., 2010).

3.7.3 Hva er oppmerksomt nærvær

Oppmerksomt nærvær springer ut av tanken om at alt som skjer det skjer her og nå og alt vi har er dette øyeblikket. Det vi kaller fortid er bare et minne som dukker opp her og nå og fremtiden er noe vi bare kan forestille oss i dette øyeblikket. Det å være oppmerksomt nærværende innebærer en vedvarende tilstedeværelse i det som skjer her og nå uten å tenke på, sammenlikne, dømme, eller evaluere de mentale tankeprosesser og følelser som oppstår i løpet av den perioden man praktiserer (Grosman, et al., 2004) (Brantley, 2007) (Bohlmeijer, et al., 2010). Oppmerksomt nærvær innebærer å ha en åpen, nysgjerrig og aksepterende holdning til det som skjer her og nå (Keng, et al., 2011). Aksept, bevissthet om hva man føler og tenker i øyeblikket, en ikke-dømmende og vennlig tilstedeværelse er altså nøkkelford for å kunne være oppmerksomt nærværende.

Oppmerksomt nærvær kan således ses på som en form for naturlig observasjon eller en deltakende observasjon hvor objektet som observeres er de tanker og følelser som er til stede mens vi er i våken tilstand (Grossman, et al., 2004) (Brantley, 2007) (Bohlmeijer, et al., 2010). Selve praktiseringen/treningen foregår ved hjelp av ulike meditasjonsteknikker og yoga øvelser, noe vi ikke kan gå inn på i denne oppgaven.

Tanken bak oppmerksomt nærvær baserer seg på følgende antakelser om mennesket (Grossmann, et al., 2004) (Vehler, 2010):

- Menneskene er for det meste ikke klar over det som skjer i øyeblikket, her og nå, men handler på «autopilot».
- Vi har en iboende evne til å opprettholde fokus på de tanker og følelser som er i oss til enhver tid.
- Utviklingen av evnen til å ha et fokus på det som skjer i oss her og nå kan trenes gjennom regelmessig praktisering.
- Et fokus på det som skjer i øyeblikket, nåtiden, vil kunne føre til et rikere og mer vitalt liv ettersom opplevelsene blir mer levende og aktiv deltakelse i øyeblikket erstatter våre ubevisste reaksjons – og handlingsmønstre.
- Lar man være å gå i kamp med de følelser og tanker man opplever for å få dem fjernet vil man kunne oppleve en renere og klarere beskrivelse av det som er her og nå. Ved å være oppmerksomt tilstede i øyeblikket kan man ikke lete etter årsakssammenhenger og forklaringer fordi dette tilhører fortiden eller fremtiden.
- Når man ikke lenger leter etter årsakssammenhenger og forklaringer eller gjentar iboende tankemønstre og handler på autopilot frigjør vi store mengder energi og reduserer negativt stress.

Oppmerksomt nærvær handler altså om å akseptere det som er uten å lete etter årsakssammenhenger og forklaringer eller gruble på hvordan fremtiden vil bli seende ut. Aksept betyr imidlertid ikke at man skal godta, men aksept gir et bedre utgangspunkt for å handle aktivt for å håndtere det som er her og nå (Vehler, 2010).

I oppmerksomt nærvær er pusten viktig. Det å bli oppmerksom på og følge pusten er viktig fordi vi puster bare nå, siste åndedrag er forbi og det nye har ikke begynt enda. Pusten blir dermed et konkret holdepunkt for vår oppmerksomhet (Kabat-Zinn, 2012).

3.7.4 Forskning gjort på oppmerksomt nærvær

Det å praktisere oppmerksomt nærvær har ikke bare vist bedret psykisk helse ved selvrappporteringsstudier, men også endringer i hjerneaktiviteten. Blant annet ses en redusert aktivitet i amygdala. Amygdala er en mandelformet struktur i tinninglappen, og inngår som en del av det limbiske system i hjernen (Skårderud, et al., 2010). Amygdala er kroppens hovedsenter for fryktrespons og fryktregulering (Brantley, 2007). Det er også påvist en sterk reversert forbindelse mellom den prefrontale delen av hjernebarken (prefrontal cortex) og amygdala blant de som scoret høyt på oppmerksomt nærvær, sammenliknet med de som ikke gjorde det. Dette tyder på at personer som er mer oppmerksomt til stede i egne liv regulerer sine følelser gjennom at den prefrontale delen av hjernebarken hemmer amygdala. Dette betyr at denne delen av hjernebarken stopper fryktresponsen før den når amygdala (Brantley, 2007)(Keng, et al., 2011).

3.8 Sykepleieren som pedagog i pasient – sykepleierforholdet

I *Rammeplanen for sykepleierutdanningen* er det spesifisert at sykepleieren skal ha kunnskap innenfor veiledning, undervisning sammen med helsefremmende og helseforbyggende arbeid (Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleierens rolle som pedagog er en viktig funksjon ettersom vi i dag ser et perspektivskifte bort fra tanken om at legene og sykepleierne vet best og hvor disse tok på seg å løse pasientens problemer, mot oppmuntring og støtte slik at pasienten kan hente frem egne ressurser. I tillegg har pasientene nå økt kunnskap om egen helse, sykdom, behandling og økt brukermedvirkning blant annet gjennom Pasient og brukerrettighetsloven (Tveiten, 2009). Når sykepleieren veileder en pasient mot å hente frem egne ressurser, kunnskap og ønske om å mestre sitt liv etter akutt sykdom fungerer hun som en pedagog i pasient – sykepleierforholdet. Hensikten med dette kan være oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring for eksempel ved at pasienten kan tilegne seg ny kunnskap, nye holdninger og ferdigheter. Dette kan igjen føre til at han lærer seg å mestre sykdommen på en annen måte enn om han ikke hadde hatt denne nye kunnskapen slik at hans livskvalitet øker. I litteraturen brukes begrepet empowerment. Dette begrepet, som kan oversettes med myndiggjøring av pasienten, rommer tre viktige prinsipper; medvirkning, brukeren som ekspert på seg selv og maktfordeling (Tveiten, 2009). Ved at pasienten selv er delaktig i den helsehjelpen som ytes flyttes altså makten i større grad fra helsepersonell til pasienten.

Innen rehabilitering er begrepet mestring essensielt. At pasienter med nedsatt funksjonsevne opplever mestring vil kunne hjelpe dem til å takle hverdagens utfordring og bidra til mer arbeidsinnsats. På den måte kan pasienten ta kontroll over sitt eget liv (Askheim, 2010).

4. Drøfting og refleksive vurderinger

For å kunne komme frem til en konklusjon på problemstillingen vår vil vi nå ved hjelp av caset drøfte hvordan sykepleieren kan veilede pasienter i oppmerksomt nærvær slik at den traumatiske krisen som kan oppstå etter et akutt hjerteinfarkt reduseres. Før vi gjør det må vi imidlertid drøfte viktigheten av å forebygge angst og depresjon samt drøfte hvordan oppmerksomt nærvær kan hjelpe Henrik.

4.1 Å ha vært akutt kritisk syk

Henrik har gjennomgått et akutt hjerteinfarkt med en påfølgende ACB- operasjon. Å ha vært akutt kritisk syk, som etter et hjerteinfarkt, kan oppleves som en traumatisk krise. Dette fordi et akutt hjerteinfarkt vil kunne være en trussel som kan ramme både den fysiske, psykiske, sosiale og åndelige dimensjonen, og vil derfor kunne gå på pasientens integritet (Moesmand & Kjøllesdal, 2007).

4.1.1 Viktigheten av å forebygge angst, depresjon eller PTSD i etterkant av et hjerteinfarkt

Forskning viser at flere av de som har hatt et akutt hjerteinfarkt opplever angst og depresjon i etterkant av infarkt (Larsen, et al., 2011). Vi vet at en traumatisk krise kan føre til angst, depresjon og PTSD (Gjestad, 2014), og studier viser også at disse symptomene er underdiagnostisert i denne gruppen (Fredland, et al., 2013)(Strik, et al., 2001). Nyere studier viser dessuten at flere personer som har gjennomgått et hjerteinfarkt får symptomer på PTSD (Voelker, 2012). Disse forskningsresultatene viser viktigheten av å forebygge utviklingen av angst, depresjon og PTSD etter et hjerteinfarkt for å kunne forhindre tilleggs lidelser hos disse pasientene. På den andre siden viser forskning (Larsen, et al., 2011) at ikke alle i denne pasientgruppen vil utvikle angst og depresjon. Behovet for psykisk oppfølging vil dermed være individbasert. Sykepleieren kan altså ikke gå ut i fra at Henrik er i behov av veiledning i oppmerksomt nærvær for å ivareta den psykiske dimensjonen. Dette betyr at sykepleieren må inneha god kompetanse for å kunne klare å se bak forsvarsmekanismene for å skille de som har behov for psykisk oppfølging fra de som ikke har behov for det. Slik vi ser det kan dette bli en svært krevende og utfordrende jobb for en sykepleier på sengepost fordi hun har ansvar for mange pasienter med ulike problemstillinger og behov på sine vakter. På den andre siden skal sykepleieren, i henhold til Rammeplanen for sykepleierutdanningen, ha tilegnet seg kompetanse slik at hun skal kunne avdekke, ut i fra Henriks oppførsel og kjennskap til

Cullbergs teori om traumatiske kriser, om Henrik er i faresonen for å utvikle angst og depresjon eller ikke (Kunnskapsdepartementet, 2008).

4.1.2 Ulike grader av traumatisk krise

Travelbee sier at lidelse er knyttet til tap, at lidelsen vil oppleves ulikt og at personen må være knyttet til eller bry seg om det han mister for å føle lidelse (Kirkevold, 1992). Det er rimelig å anta at Henrik vil oppleve stor grad av lidelse ettersom han er i en fase av livet hvor han har hatt stor arbeidskapasitet og hvor han har levd et hektisk liv på flere fronter. Han står nå i en situasjon hvor han må redusere sitt stressnivå og ta hensyn til at han har fått en permanent skade på hjertemuskulaturen. Vi vet at de som får en traumatisk krise opplever denne ulikt, at krisene kan graderes og at ikke alle trenger hjelp fordi problemløsningskapasiteten fremdeles kan være intakt (Cullberg, 2011). Selv om Henrik opplever en stor grad av lidelse kan ikke sykepleieren uten videre gå ut i fra i hvilken grad han har sin problemløsningsevne intakt. Sykepleieren på sengepost skal dermed ikke bare klare å skille de som ikke opplever en krise fra de som gjør det, hun skal også kunne ha kunnskaper nok til å kunne gradere krisene slik Caplan gjør det i sin teori, for å finne de pasientene som kan ha best nytte av oppmerksomt nærvær (Cullberg, 2011). Når det er sagt så viser forskning at psykisk helse og livskvalitet også kan bedres hos personer som ikke har noen underliggende lidelser (Keng, et al., 2011)(Grossman, et al., 2004). Trening i oppmerksomt nærvær kan dermed bidra til å fremme helse. Det å ha fokus på hva som gir god helse i stedet for hva som gir dårlig helse er det Antonovsky betegner salutogenese (Walseth, 2009) (Langeland, 2012). Dette perspektivet kan være et godt argument for å invitere alle pasienter, uavhengig av om de opplever en krise eller ikke og i hvilken grad de eventuelt opplever krisen, til å få veiledning i praktisering av oppmerksomt nærvær.

4.2 Hvordan oppmerksomt nærvær kan hjelpe Henrik

Forskning viser at oppmerksomt nærvær i form av mindfulnessbasert stressreduksjonsprogram (MBSR) har god effekt på et bredt spekter av fysiologiske og psykologiske plager. Flere studier har dessuten undersøkt om oppmerksomt nærvær kan brukes som et verktøy for å håndtere psykiske lidelser (Delgado, et al., 2010) Flere av forskningsartiklene vi fant om oppmerksomt nærvær tok for seg bedring i livskvalitet og håndtering av fysiologiske og psykologiske symptomer etter at deltakerne hadde gjennomgått et 8-12 ukers MBSR kurs (Würtzen, et al., 2013) (Grossman, et al., 2004) (De Vibe, et al., 2006) (Keng, et al., 2011). Disse forskningsresultatene viser at Henrik kan få god hjelp med

de psykiske reaksjonene han har fått i etterkant av infarkt. På den andre siden viser en senere metaanalyse at oppmerksomt nærvær ser ut til å ha liten effekt på angst og depresjoner hos kronisk syke personer (Bohlmeijer, et, al, 2010). Når denne artikkelen referer til kronisk syke er hjertesyke pasienter inkludert.

4.2.1 Oppmerksomt nærvær for å øke Henriks evne til å få med seg viktig informasjon

Henrik er innlagt ved medisinsk avdeling ved det lokale sykehuset for observasjon i to-tre døgn før han skrives ut til hjemmet. Ut fra Henriks fokusering på venflonen er det rimelig å anta at hans psyke har aktivert ulike forsvarsmekanismer og at han befinner seg i sjokk – eller i reaksjonsfasen eller vandrer frem og tilbake i disse fasene. Henriks oppmerksomhet mot det som for sykepleieren synes helt uvesentlig kan skyldes forsvarsmekanismene fornektelse og rasjonalisering (Cullberg, 2011). Det er også forhold som tyder på at Henrik isolerer sine følelser ettersom han rolig forteller sykepleieren at «det med hjertet ordner seg». Cullberg (2011) skriver at forsvarsmekanismene bør være midlertidige for hvis de varer over tid vil de kunne være en forvrengning av det som egentlig skjedde og forsinke bearbeidelsen av hendelsen. Travelbee skriver også at når en personen er i en krisesituasjon og ikke finner mening i situasjonen er han i behov for sykepleie, og at det er sykepleierens ansvar å hjelpe pasienten med dette (Kirkevold, 1992). Som tidligere nevnt er det pasientens opplevelse av situasjonen som avgjør behovet for sykepleien, ikke diagnosen. Sykepleieren kan i dette tilfellet møte Henriks behov her og nå ved å fjerne venflonen. På den andre siden betyr ikke fjerning av venflonen at Henrik nødvendigvis vil ta inn over seg realiteten i det som har skjedd. Han har aktivert flere forsvarsmekanismer. Veiledning i oppmerksomt nærvær vil da kunne bringe Henrik tilbake til øyeblikket slik at han kan være mottakelig for informasjon om hva som har skjedd (Brantley, 2007). Det å innse realiteten kan være viktig for at Henrik skal akseptere situasjonen og derigjennom kunne endre sin livsstil med mye stress og mange prosjekter.

Mens pasienten er innlagt på sengeposten fortalte spesialsykepleieren ved et lokalsykehus at en av sykepleierens roller i de to- tre døgnene pasienten er innlagt, er å informere om ulike aspekter ved sykdommen og tiden fremover (personlig kommunikasjon, 9. april 2013). Slik informasjon blir på sengeposten gitt i form av samtaler, brosjyrer og henvisning til nettstedet hjerterehab.no. Det viser seg at pasienter som er i sjokk – og/eller reaksjonsfasen ikke nødvendigvis får med seg denne typen informasjon fordi oppmerksomheten ofte er nedsatt

(Cullberg, 2011). Trening i oppmerksomt nærvær kan bidra til å øke Henriks evne til å få med seg viktig informasjon, slik som for eksempel fysisk aktivitet, medikamenter og kosthold, noe som igjen blir viktig i den videre rehabiliteringen (Kabat-Zinn, 2012). Vi har erfart at informasjon, når den er mottatt og forstått, kan bidra til at pasienten føler seg tryggere og bedre ivaretatt. Dette fordi forståelse skaper mening, mening skaper mestring og en følelse av sammenheng i livet (Askheim, 2010). Dette kan igjen føre til mindre grad av psykiske plager i etterkant av hjerteinfarkt. På den andre siden vil veiledning i oppmerksomt nærvær inneholde mye ny informasjon og dette kan bli for komplisert for Henrik som er i fasen som tilsier at han ikke er mottagelig informasjonen. Dessuten er det rimelig å anta at han ikke ser nytten av denne veiledningen fordi psyken hans har aktivisert ulike forsvarsmekanismer som vil redusere realitetsoppfatningen (Cullberg, 2011). Cullberg (2011) skriver at slike forsvarsmekanismer kan ses på som en hjelp ved at pasienten gradvis må se den smertefulle virkeligheten i øynene (Cullberg, 2011). Dette gjør det viktig ikke å forsere noen faser ved å gå for fort frem. Dette kan igjen bety at Henrik ikke bør få for mye ny informasjon på sengeposten eller at informasjonen må deles opp og presenteres i flere omganger.

4.2.2 Oppmerksomt nærvær for å takle psykiske reaksjoner

Henrik er i sjokk- og reaksjonsfasen. Vi ser at han kunne ha godt av veiledning i oppmerksomt nærvær på sengeposten fordi det vil kunne hjelpe han å takle de psykiske reaksjonene og å komme seg igjennom den krisereaksjonen han opplever. På sikt vil det kunne forebygge at de symptomfølelsene han har under den traumatiske krisen, slik som angst og depresjon, blir kroniske og mer vanskelige å behandle (Cullberg, 2011). Forskning viser også at angst og depresjon etter et hjerteinfarkt kan føre til uførhet (Mykletun, 2006). Oppmerksomt nærvær vil, gjennom praktisering av avspenning, meditasjonsteknikker, og oppmerksomhet på pusten kunne føre til at Henrik gradvis lærer seg å la være og dømme og til å reagere mindre på tanker, følelser og hendelser i livet sitt. Dette igjen kan gjøre ham bedre rustet til å gjenkjenne og bryte med egne automatiserte tanke – og handlingsmønstre (Keng, et al., 2011). Trening på oppmerksomt nærvær kan med andre ord gjøre at han distanserer seg mer fra egne tanker og følelser, ser på dem som passerende mentale hendelser i stedet for å identifisere seg med dem eller tro at disse tankene er den korrekte representasjonen av virkeligheten (Keng, et al., 2011). Dette er det motsatte av hva som skjer når man bekymrer seg, for når man bekymrer seg sliter man med usikkerhet, en ikke – aksepterende holdning til fremtiden, og tanker man forsøker å unngå (Delgado, et al., 2010).

For å gjøre dette enda tydeligere kan vi se på følgende eksempel: fysiske opplevelser er tett knyttet til psykiske og emosjonelle opplevelser og fysiske hendelser trigger tanker. For Henrik kan smerter i og omkring brystet sette i gang frykt for et nytt hjerteinfarkt og bare tanken på at han kan få et hjerteinfarkt når som helst kan stimulere en fysisk respons slik at han faktisk opplever brystmerter. Spesialsykepleieren vi snakket med fortalte dessuten at det var svært vanlig å kjenne stikking og smerter i brystet etter en ACB-operasjon slik at for Henrik vil det å være oppmerksomt nærværende i en situasjon hvor han kjenner fysiske smerter bety at han må akseptere det som skjer i hvert øyeblikk uten å bli fanget i tankene eller følelsene omkring det som skjer (Brantley, 2007) (deVibe et al., 2006). Dette betyr ikke at smerter skal ignoreres eller ikke tas alvorlig, men det betyr at Henrik ikke skal handle på autopilot eller, impuls og umiddelbart tolke smerter som et nytt hjerteinfarkt. Dette kan ses på som å ha en avventende holdning til livet og det som skjer med en i øyeblikket og vil kunne roe ned tankekaos og angsten som oppleves når han kjenner stikking i brystet (Brantley, 2007). På den andre siden sier forskning at de som har best effekt av å lære seg å være oppmerksomt nærværende er de som har vært plaget med angst og depresjon tidligere i livet (Würtzen, et al., 2013). Vi vet ikke om Henrik tidligere har vært plaget av depresjon og angst eller om han er en person som har en positiv og aksepterende holdning til livet i fra tidligere. Dette vil ha med hans grunnholdning til livet å gjøre og med det Antonovsky betegner som a sense of coherence (Walseth, 2009). Opplever Henrik en stor grad av sammenheng i livet sitt og tror at ting vil ordne seg til det bedre, noe han uttaler til sykepleieren, kan det å presentere han for oppmerksomt nærvær virke som om sykepleieren ikke har satt seg godt nok inn i og forstått Henriks situasjon. Dette vil være stikk i strid med det Travelbee skriver om å etablere et menneske- til- menneske forhold og se det unike menneske (Kirkevold, 1992). På den andre siden viser andre forskningsresultater at langt flere personer enn de som har slitt med angst og depresjon tidligere vil ha svært god nytte av å lære oppmerksomt nærvær (deVibe, et al., 2006)(Grossman, et al., 2004) hvilket betyr at Henrik kan ha god nytte av dette.

4.2.3 Oppmerksomt nærvær for å øke sense of coherence og etablere et salutogent perspektiv

Henrik vil etter hvert få et tilbud om hjerterehabilitering ved medisinsk poliklinikk. Dette er et frivillig tilbud som går en kveld i uken over fire uker. Her blir blant annet ulike psykiske reaksjoner ved alvorlig hjertesykdom tatt opp, men dette teamet er kun tatt inn som en liten del av den totale hjerterehabiliteringen. Ulempen er imidlertid at denne rehabiliteringen ikke er aktuell før han er restituert, noe som kan ta opptil 8-12 uker (personlig kommunikasjon, 9.

april, 2014). Spesialsykepleieren vi snakket med fortalte at det vakuemet som oppstår mellom utskrivelse til oppstart av hjerterehabilitering er en helt klar ulempe for pasienten. Pasienten må i denne perioden selv kontakte sin fastlege dersom han er i behov for hjelp og støtte (personlig kommunikasjon, 9.april, 2014). Sånn som situasjonen er i dag er ansvaret for oppfølging etter hjemreise altså lagt til pasienten selv. Dette taler for at sykepleieren på sengepost må utvise et holistisk syn ved også å ha fokus på det psykiske og starte forebygging av utviklingen av angst og depresjon allerede på sengeposten. På den andre siden vet vi at Henrik har en kone og to hjemmeboende barn. Han har i tillegg jobb og driver aktivt med sykling på fritiden. Det er rimelig å anta utfra dette at Henrik har et velfungerende sosialt nettverk. Kvaliteten på sosial støtte som intime, emosjonelle bånd viser seg å være svært viktig for å oppleve SOC og vissheten om at muligheten for å få sosial støtte er tilstede vil ofte kunne være nok til å være en effektiv motstandsressurs (Langeland, 2012). Dette tolker vi dit hen at dersom Henrik opplever uro, bekymringer og depresjon både under innleggelsen på sengeposten, men også i tiden etter utskrivelse, men samtidig mottar støtte fra sin kone og sine barn og/eller andre fra sitt sosiale nettverk vil opplevelsen av (SOC) og mestrings evnen styrkes. Dette kan tale for at sykepleieren kun skal konsentrere seg om observasjon av Henrik i forhold til hans hjertefunksjon, men da er vi tilbake til det reduksjonistiske menneskesynet. På den andre siden må ikke god sosial støtte automatisk bety at sykepleieren ikke skal forholde seg til Henriks psykiske grunnleggende behov. Vi vet en del om hans ytre resurser i form av sosial støtte, men lite om hans egen evne til å finne mening med situasjonen, det som betegnes hans indre ressurser (Langeland, 2012). Travelbee snakker også om *mening*. Hun mener da nettopp pasientenes iboende ressurser som er det som avgjør om pasienten kommer styrket ut av situasjonen. Mening finnes i mennesket selv og ikke i selve situasjonen. Det vil si at personen som opplever lidelse må selv finne mening med det som har skjedd og, ikke bare innfinne seg med det, men også bruke det til å styrke seg selv (Kirkevold, 1992). Dette er i tråd med det Antonovsky skriver om indre ressurser. Basert på resultater fra forskningen om at mange får psykiske sekveler etter et hjerteinfarkt, Travelbees tanker om mening samt Antonowskys tanker om opplevelse av sammenheng tenker vi at sykepleieren må legge til rette for at Henrik får opplevelser og erfaringer mens han er innlagt på sengeposten for å øke SOC. Dette kan være veiledning i oppmerksomt nærvær dersom dette tar utgangspunkt i Henriks egen opplevelse av meningsfullhet, begripelighet og håndterbarhet.

Det salutogene perspektivet vinkler oppmerksomheten mot helse som noe alle har, i ulik grad, men på samme kontinuum. I stedet for å se på symptomer, diagnoser og behandling ser man på menneskets motstandsressurser, indre og ytre, og veier disse opp mot de stressende faktorene. Dette bidrar til å alminneliggjøre psykiske helseproblemer (Langeland, 2012). I samtalen med spesialsykepleieren ved det lokale sykehuset ble vi fortalt at under konsultasjonene hun hadde med hjertepasientene kom det frem at mange hadde bekymringer omkring hjertet, graden av belastning de kan utøve og om de er syke eller friske. Sykepleieren forklarte at et hovedmål i hjerterehabiliteringen var å normalisere vanskelige og negative følelser, som bekymring, og angst for å ufarliggjøre dem. Erfaringer hun har gjort seg var at å normalisere disse følelsene var til god hjelp for pasientene (personlig kommunikasjon, 9. april, 2014). Det er derfor ikke sikkert trening i oppmerksomt nærvær er nødvendig for Henrik. Tvert i mot kan det å ha overfokus på de psykologiske reaksjonene trigge en følelse av å være psykisk syk og at disse reaksjonene er unormale. På den andre siden handler salutogenese ikke bare om alminneliggjøring, men også om å anerkjenne og akseptere sine egne opp – og nedturer samt fokusere på aktiv tilpasning i dagliglivets aktiviteter (Langeland, 2012). Det å trene på å være oppmerksomt nærværende skal nettopp hjelpe mennesker til å akseptere og anerkjenne egne følelser og tanker og dermed vil dette kunne være til god hjelp for Henrik ikke bare på sengeposten, men også etter at han skrives ut og i påvente av hjerterehabiliteringen 8-12 uker senere (Delgado, et al., 2010) (Kabat-Zinn, 2012) (Vehler, 2010).

4.3 Hvordan sykepleieren kan veilede i oppmerksomt nærvær

Vi ser at det å etablere et menneske -til- menneske forhold allerede på sengeposten for å avdekke i hvilken grad Henrik opplever en traumatisk krise og ut i fra dette legge opp en plan for videre sykepleie blir meget viktig. Travelbee mener at opplevelsen av lidelse og sykdom er viktigere enn diagnosen i seg selv og for at vi sykepleiere skal se hvor omfattende lidelsen er og dermed bedømme behovet for sykepleie må vi kommunisere med pasienten (Kirkevold, 1992).

4.3.1 Sykepleieren kan veilede i enkeltelementer i oppmerksomt nærvær

Sykepleieren har et pedagogisk ansvar (Tveiten, 2009). I caset med Henrik vil sykepleieren som pedagog komme til syne gjennom at hun innehar rollen som veileder og underviser i hvordan han kan praktisere oppmerksomt nærvær. På den andre siden er det opprinnelige MBSR programmet, slik det er brukt i forskning, meget omfattende og det krever en

instruktør som er utdannet innen feltet (Würtzen, et al., 2013). Dette betyr at det kan være vanskelig for sykepleierne på sengepost å instruere i riktig teknikk og forklare selve tanken bak oppmerksomt nærvær dersom de ikke har kurs eller utdanning i dette. Samtidig ser vi at sykepleieren kan plukke ut enkeltelementer av MBSR. Pusten er et slikt enkeltelement som sykepleieren på sengepost kan instruere pasienten i. Pusten er det som forbinder oss til nuet. Vi puster bare her og nå og kan gjennom å ha fokus på pusten holdes fast i øyeblikket (Kabat-Zinn, 2012). Når sykepleieren instruerer Henrik i å ha fokus på pusten er det pustens naturlige flyt han skal ha fokus på. Sykepleieren må derfor også forklare at pusten skal observeres på en ikke-dømmende og aksepterende måte. Dette betyr at Henrik ikke skal legge merke til hvordan pusten er det vil si om den er hakkete, ujevn eller anstrengt. Først når Henrik legger fra seg alle tanker som omhandler hvordan eller hvorfor kan han finne roen. Det å finne roen og være til stede her og nå, i pusten, det er også meditasjon (Vehler, 2010). Ulempen er at vi ikke har funnet forskning som viser effekten av en forenklet utgave av MBSR kurset. Det er derfor vanskelig å si om det å ta ut enkeltelementer av oppmerksomt nærvær vil ha den effekten vi er ute etter. På den andre siden er det å ha fokus ene og alene på pusten dokumentert å ha god effekt (Kabat-Zinn, 2012)(Vehler, 2010) og fra det å ha fokus på pustens naturlige flyt er det naturlig å gå videre til meditasjon ettersom dette er tett forbundet med pusten (Vehler, 2010) (Bohlmeijer, et al., 2010). Det er derfor nærliggende å tro at sykepleieren vil kunne klare å veilede Henrik i enkeltelementer i oppmerksomt nærvær og at dette vil være nyttig for å redusere ulike psykiske reaksjoner som Henrik kan oppleve etter hjerteinfarkt.

Selv om sykepleieren veileder og instruerer Henrik i det å ha oppmerksomheten rettet mot pusten viser forskning at egeninnsats er viktig. Jo mer man praktiserer oppmerksomt nærvær gjennom meditasjon og fokus på pusten jo bedre resultat (deVibe et al., 2006) (Keng, et al., 2011). Keng (et al., 2011) skriver videre at for å oppnå tilstrekkelig god effekt av oppmerksomt nærvær krever dette at det praktiseres over lengre tid. Dette kan bli problematisk fordi sykepleieren på medisinsk sengepost kun ser Henrik i to-tre døgn. På den andre siden kan sykepleierens veiledning i de to – tre døgnene, dersom hun klarer å bruke sin pedagogiske funksjon på en god måte som virker troverdig, være en fin start som Henrik kan bygge videre på etter at han er utskrevet. Samtidig ser effekten av oppmerksomt nærvær ut til å være doseavhengig (Keng, et al., 2011). Forskning vi fant analyserer effekt av oppmerksomt nærvær dersom det praktiseres opp mot 45 minutter daglig (Grossman, et al., 2004). Også

Keng, et al., (2011) skriver at regelmessig praktisering er viktig for å lære seg å innta en mer aksepterende og en ikke – dømmende holdning til det som skjer med en. Praktiseringen som blir gjort i disse to-tre døgnene vil dermed trolig ha for liten effekt til at Henrik kan dra nytte av dette. På den andre siden hevder Keng, et al., (2011) at det trengs flere studier for å se nærmere på dose-responsen mellom mengden meditasjon og graden av bedret psykisk helse. Dette for å se på om oppmerksomt nærvær kan læres gjennom en mer forkortet utgave av MBSR og likevel gi gode resultater. På den andre siden er det rimelig å anta at pasienter som går igjennom et hjerteinfarkt for første gang vil ha bekymringer og spørsmål omkring det fysiske og rent praktiske rundt sin tilstand (personlig kommunikasjon, 9.april 2014). Dette kan bety at sykepleieren i stedet for å bruke tiden til å instruere i oppmerksomt nærvær bør bruke sin pedagogiske funksjon til informasjon.

4.3.2 Å veilede i oppmerksomt nærvær på en slik måte at Henrik opplever empowerment og mestring

Ettersom forskning antyder at effekten av oppmerksomt nærvær baseres på hvor mye egeninnsats som ilegges vil dette kunne bety at det kreves en god del motivasjon for å gjennomføre dette (Keng, et al., 2011). Henrik er nå i en fase preget av psykisk kaos. Motivasjonen til å bli veiledet i noe helt nytt vil kunne være redusert og det vil kunne være for krevende for ham. Praktisering av oppmerksomt nærvær krever ikke bare en god del egeninnsats, men det å være i en tilstand av oppmerksomt nærvær er ikke bestandig enkelt å oppnå ei heller å opprettholde. Henrik kan oppleve perioder hvor han tenker at dette ikke har noen nytte og det kan synes som om det ikke skjer noen endringer i hans automatiserte tankesett og kaos (Brantley, 2007). På den andre siden er det sykepleierens rolle å legge til rette for motivasjon og forklare hvordan og hvorfor Henrik kan dra nytte av oppmerksomt nærvær (Tveiten, 2009). Travelbee skriver at vi som sykepleiere skal hjelpe et individ i å mestre erfaringer med sykdom og lidelse og finne mening i det. Med det ser vi at det å motivere til å hjelpe Henrik i å finne mening er en sykepleieroppgave (Kirkevold, 1992).

Hvordan sykepleieren veileder Henrik kan bli avgjørende for om han ønsker å praktisere dette videre. Det vil si at for at Henrik skal ha utbytte av oppmerksomt nærvær må han selv se behovet for det og at han oppnår noe med det. Involvering og delaktighet er med andre ord avgjørende for at Henrik skal oppleve empowerment og mestring (Askheim, 2010.) Motsatt vil mestring og empowerment ikke kunne oppnås hvis Henrik pålegges veiledning i noe han ikke mestrer eller er interessert i. Et førstegangs hjerteinfarkt kan utløse mange spørsmål

hvorav mange av disse dreier seg om sykdommen og tiden fremover (personlig kommunikasjon, 9. april, 2014). Det er derfor mulig Henrik ikke er åpen for annen informasjon annet enn det som omhandler sykdommen. For mange menn spesielt kan dessuten oppmerksomt nærvær med fokus på pust og tilstedeværelse virke fremmed (deVibe, et al., 2006)(Würtzen, et al., 2013). Dette kan også gjøre det vanskelig å se nytten av det. På den andre siden ser vi at dersom sykepleieren involverer Henrik i selve praktiseringen og lar han finne ut hva som fungerer best for ham vil han kunne føle seg delaktig og derigjennom oppleve empowerment. Dette kan igjen føre til at han ser en mening i å praktisere det regelmessig og da er sjansen for at Henrik praktiserer oppmerksomt nærvær på egenhånd utover de to-tre døgnene på sengeposten mye større (Askheim, 2010). På den andre siden er sykepleieren i en rolle hvor hun i uniform har en naturlig autoritær rolle. Med denne rollen følger en viss makt og misbrukes denne vil det å veilede Henrik kunne føles påtrengende, eller som en ovenfra- og- ned holdning. Dette kalles paternalisme og kan undertrykke pasientens autonomi (Slettebø, 2009). Henrik vil da kunne havne i forsvarsposisjon og dette kan igjen gjøre det vanskelig for ham å se meningen i å praktisere oppmerksomt nærvær. Sykepleieren må derfor være seg bevisst asymmetrien i forholdet mellom sykepleier og pasient. Travelbee mener at vi må helt vekk fra den generaliseringen som ligger i sykepleier – pasient rollen (Kirkevold, 1992). Imidlertid sier Kari Martinsen på den andre siden at vi må bruke denne asymmetrien for å være en god sykepleier (Slettebø, 2009). Martinsen tar avstand fra paternalisme, men hun mener at sykepleieren må kunne bruke sin fagkunnskap dersom dette er til hjelp for pasienten. Det er dette som betegnes svak paternalisme (Kristoffersen, et, al, 2008). Slik vi ser det vil hvordan sykepleieren utfører veiledningen på kunne være avgjørende for om Henrik føler at oppmerksomt nærvær er nyttig og brukbart. Klarer sykepleieren å veilede på en slik måte at Henrik opplever å bli involvert og tatt på alvor kan oppmerksomt nærvær gi ham ny kunnskap nye holdninger og ferdigheter. Dette kan igjen føre til at han lærer seg å mestre sykdommen på en annen måte enn om han ikke hadde hatt denne nye kunnskapen slik at hans livskvalitet øker (Tveiten, 2009)

5.0 Konklusjon

Forskning viser at for å få full effekt og utbytte av oppmerksomt nærvær bør pasienten følge et 8-10 ukers kurs i MBSR med en utdannet instruktør (deVibe, 2006)(Bohlmeijer, et al., 2009). Dette ser vi at vanskelig lar seg gjennomføre, ettersom vi er ute etter å veilede Henrik mens han er på sengepost i to-tre døgn. Vi ser derfor på en forenklet utgave av kurset som en måte å inkludere oppmerksomt nærvær i hjerterehabiliteringen og sykepleien til Henrik mens han er inneliggende. Med dette mener vi å veilede Henrik i enkeltelementer som for eksempel å ha fokus på pusten, samt enkel meditasjon. Praktisering av oppmerksomt nærvær blir utover dette et verktøy som han kan ta med seg videre.

Forskning viser tydelig at angst og depresjon etter et gjennomgått hjerteinfarkt er et problem. Dette viser derfor viktigheten av å ivareta den psykiske dimensjonen på medisinsk sengepost. Med så godt dokumenterte positive effekter ser vi at oppmerksomt nærvær kan brukes til å håndtere den traumatiske krisen som kan oppstå, og også psykiske reaksjoner på lang sikt. På denne måten utviser vi et holistisk menneskesyn og ivaretar dermed hele pasienten, både hans fysiske og psykiske behov og vi forebygger psykiske sekveler som angst og depresjon.

Ettersom psykiske reaksjoner ikke er et problem for alle som har gjennomgått eller som lever med en alvorlig sykdom ser vi at sykepleieren har en rolle i å vurdere hvem som kan ha nytte av veiledning i oppmerksomt nærvær. Dette er i tråd med Travelbees sykepleiedefinisjon hvor det sentrale er å etablere et godt menneske- til - menneskeforhold for best å kunne se pasientenes subjektive behov. En løsning vil derfor være å etablere et godt forhold til Henrik for å kunne se hans behov og hans opplevelse av situasjonen. På den måten vil vi kunne gi ham den individuelle sykepleien som han trenger. Hans umiddelbare behov vil være å få fjernet veneflonen. Ved å ivareta dette behovet ser vi at vi kan skape tillit mellom oss som sykepleiere og Henrik. Dette kan muligens hjelpe oss med å trenge igjennom de forsvarsmekanismene han har aktivert ubevisst. Deretter vurderer vi om Henrik gjennomgår en traumatisk krise og dermed står i fare for å utvikle angst og depresjon og om han derfor er i behov for veiledning i oppmerksomt nærvær. Når vi har vurdert det slik at han er i behov for det, vil vår veiledende og pedagogiske funksjon være viktig for å få Henrik til å føle empowerment og mestring i selve praktiseringen av oppmerksomt nærvær. På den måten oppnår han sense of coherence og sjansen er derfor større for at han praktiserer dette på egenhånd videre. Ettersom effekten av oppmerksomt nærvær er basert på mengden

egenpraktisering vil det å få Henrik til selv å ønske og praktisere det kunne redusere varigheten av den traumatiske krisen og dens negative innvirkning på hans liv.

For å gjennomføre veiledning i oppmerksomt nærvær må det foreligge noen rammer. For det første må sykepleieren selv forstå konseptet med oppmerksomt nærvær og kunne utøve det. Med det ser vi at det vil kunne være nødvendig å gi sykepleiere opplæring i oppmerksomt nærvær for at pasientene, slik som Henrik, skal få best mulig veiledning. For det andre må hun inneha gode pedagogiske og veiledende egenskaper ettersom dette har stor innflytelse på opplevelsen av veiledningen noe som igjen kan påvirke om han vil praktisere dette utover de to-tre døgnene han er på sengeposten. Vi ser at dette er viktige forutsetninger for at oppmerksomt nærvær brukt på sengepost i en forenklet utgave skal kunne ha samme effekten som vist i forskningen.

En annen mulig løsning vil være at sykepleieren informerer om kurs i MBSR og henviser videre for de som har behov for det. Det er også en mulighet å ta deler av kurset inn i hjerterehabiliteringen slik den er i dag, men da blir ulempen at pasienten er overlatt til seg selv i det vakuumet som oppstår mellom utskrivelse til oppstart av rehabiliteringen. Dette må i såfall undersøkes nærmere i en annen oppgave.

6.0 Litteratur

Askheim, O.P (2010). Empowerment - ulike tilnæringer. I O.P Askheim & B. Starrin (red), *Empowerment I teori og praksis*. (s. 21-33). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

**Bjerkeset. O., Nordahl., H.M., Mykletund, A., Holemn, J., Dahle, A.A.(2005). *Anxiety and depression following myocardial infarction: gender differences in a 5-year prospective study*.

Lokalisert på:

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0022399904005938>

**Bohlmeijer, E., Prenger, R, Taal, E., Cuijpers, P (2009). *The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a cronic medical disease: A meta-analysis*. Lokalisert på:

<http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0022399909004152>

*Brantley, J (2007). *Calming your anxious mind. How mindfulness & compassion can free you from anxiety, fear & panic*. Second edition. New Harbinger Publications, Inc. Oakland. CA

Cullberg, J. (2011). *Mennesker i krise og utvikling*. (3. utg). Oslo. Universitetsforlaget.

Dalland, O.(2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4.utg). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag.

**Delgado, L.C, Guerra, P., Perakakis, P., Vera, M.N., delPaso, G.R., Vila, J(2010). *Treating chronic worry: Psychological and physiological effects of a training programme based on mindfulness*. Lokalisert på:

http://ac.els-cdn.com/S0005796710001087/1-s2.0-S0005796710001087-main.pdf?_tid=89980694-c0e3-11e3-859e-00000aab0f26&acdnat=1397157105_c0fac06c5d36544266ee3b5c115c4a1a

**deVibe, M., Moum, T.(2006). *Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer*. Lokalisert på: <http://tidsskriftet.no/article/1402714>

**Edmondson, D., Richardson, S., Falzon, L., Davidson, K.W., Mills, M.A., Neria, Y (2012). *Posttraumatic Stress Disorder Prevalence and Risk of Recurrence in Acute Coronary Syndrome Patients: A Meta-analytic Review*

Lokalisert på: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3380054/>

**Freedland, K.E, Lustman, P.J Carney, R.M., Hong, B.A.(2013). *Underdiagnosis of depression in patients with coronary artery disease: the role of nonspecific symptoms.*

Lokalisert på:

<http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.hihm.no/ehost/detail?vid=2&sid=84d1f68d-cacf-48e3-9cad-95bed6e7ec52%40sessionmgr4002&hid=4114&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtOGl2ZQ%3d%3d#db=aph&AN=87974868>

**Gjestad, R (2014). *Ettervirkninger på traumatiske hendelser.* Lokalisert på:

http://sor.rvts.no/no/no/fagstoff/psykisk_helse/skjult/Ettervirkninger+p%C3%A5+traumatiske+hendelser.9UFRjS3I.ips

**Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., Walach, H (2004). *Mindfulness-based stress reduction and health benefits. A meta-analysis.* Journal of Psychosomatic Research 57 (2004). S 35-43.

*Hildebrandt, S (2011). *Fagfelle vurdering med plettet rykte.* Lokalisert på:

<http://www.forskning.no/artikler/2011/mars/281227>

*Hovland, O.J(2007). *Grunnleggende overbevisninger, angst og depresjon i en poliklinisk pasientgruppe.* Lokalisert på: http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=26751&a=2

*Høgskolen i Oslo og Akershus (2013). *Profesjon, profesjonsutøvelse og styring.* Lokalisert på: <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/FoU-SPS/Profesjon-profesjonsutoevelse-og-styring>

Høybakk, J. (2008). Sykepleie til pasienter med hjertesykdommer. I Knutstad, U (red). *Sykepleieboken 3*. Oslo. Akribe.

*Kabat-Zinn, J.(2012). *Mindfulness for nybegynnere*. Arneberg forlag

**Keng, S.L., Smoski, M.J., Robins, C.J (2011). *Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies*. Lokalisert på:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3679190/>

*Kirkevold, M (1992). *Sykepleieteorier. Analyse og evaluering*. Oslo. Ad Notam Gyldendal AS

*Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.A. (2008). *Grunnleggende Sykepleie Bind 4*. Oslo: Gyldendal akademisk.

*Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*.(Rev.utg.) Lokalisert på:
http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleieutdanning_08.pdf

**Larsen, K. K., Vestergaard. M., Søndergaard, J., Christensen. B.(2011). *Rehabilitation status three months after first-time myocardial infarction*. Lokalisert på:
<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/02813432.2011.629147>

* Langeland, E (2012). Salutogenese som forståelsesramme i psykisk helsearbeid. I Gammersvik, Å., Larsen, T (Red.). *Helsefremmende sykepleie i teori og praksis*. Bergen-Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

*Lindseth, O. H(2009). *Skriving av faglige tekster. En guide for studenter*. Lokalisert på:
<http://www.hihm.no/Hovedsiden/Student/Eksamen/Oppgaveskriving>

*Moesmand, A.M., Kjøllesdal, A (2004). *Å være akutt kritisk syk*. (2. Utg.). Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS

**Mykletun, A (2006). *Mortality and workrelated disability as long-term consequences of anxiety and depression: Historical cohort designs based on the HUNT-2 study*. Lokalisert på: http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=232344&a=4#m232369

*Norsk helseinformatikk (2011). Lokalisert på: <http://nhi.no/livsstil/helsetjenesten/den-feilbarlige-medisinen/metaanalyser-25288.html>

*Passer, M., Smith, R., Holt, N., Bremner, A., Sutherland., E., Vliek., M (2009). *Psychology: The Science of Mind and Behaviour*. Berkshire. McGraw-Hill Higher Education.

Slettebø Å. (2009). *Sykepleie og etikk* (5. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk

Skårderud, F., Haugsgjerd, S., Stänicke E (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo. Gyldendal akademisk .

*Svartdal, F(2009). *Psykologiens forskningsmetoder – en introduksjon*. (3. utg). Fagbokforlaget. Bergen

**Strik, JMH., Honig., A., Maes, M (2001). *Depression and myocardial infarction: relationship between heart and mind*. Lokalisert på: <http://www.sciencedirect.com.ezproxy.hihm.no/science/article/pii/S0278584601001506>

Tveiten, S (2009). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). Bergen. Fagbokforlaget.

*Walseth, L.T (2009). *Salutogenese*. Lokalisert på: <http://www.utposten-stiftelsen.no/LinkClick.aspx?fileticket=36gwSGIGaSk%3D&tabid=480&mid=1109>

*Vehler, I (2010). *Orkanens øye*. Oslo. Co-Create Publishing Ltd

*Voelker, R. (2012). *Study: Acute Coronary Events Linked With PTSD*. Lokalisert på: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1216474>

**Würtzen, H., Dalton, S.O., Elsass, P., Sumbundu, A.D., Steding – Jensen, M., Karlsen, R.V., Andersen, K.K., Flyger, H.L., Pedersen, A.E., Johansen, C. (2013) *Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: Results of a randomized controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer.*

Ørn, S., Brunvand, .(2011). Hjerte og karsykdommer. I Ørn, S., Mjell, J., Bach-Gansmo, E (Red.). *Sykdom og behandling*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag

* Egenvalgt Fagartikkel/Fagbok

**Forskningsartikkel

Vedlegg 1

PICO skjema 1

| | P Patient/Population /Problem | I Intervention | C Comparison | O Outcome |
|--------------|---|-------------------|-----------------|--|
| Norske ord | Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt | | | Angst Kriser Depressjon Posttraumatisk stressyndrom |
| Engelske ord | Heart attack Myocardial infarction Heart Disease Acute coronary events | | | Anxiety Crises Depression PTSD |

PICO skjema 2

| | P Patient/Population /Problem | I Intervention | C Comparison | O Outcome |
|--------------|--|--------------------|-----------------|--|
| Norske ord | Pasienter som har gjennomgått hjerteinfarkt | Oppmerksomt nærvær | | Håndtere/mestre hjertesykdom Redusere angst Anxiety Stressreduksjon |
| Engelske ord | Heart attack Myocardial infarction Heart Disease | Mindfulness | | Cope with heart disease Reduce stress Anxiety Stress reduction |

